

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LEÏO-MYOMES
DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul PORTALIER

Né le 14 Mai 1882, à La Canourgue (Lozère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LEÏO-MYOMES
DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul PORTALIER

Né le 14 Mai 1882, à La Canourgue (Lozère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch.
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	BÉRIEL, ch.,
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	
TIXIER	PATEL	VORON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; BÉRARD, Assesseur ;
MM. VILLARD et CAVAILLON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

*Dont nous avons suivi avec un grand intérêt
pendant plusieurs mois l'enseignement
magistral, et que nous remercions du
grand honneur qu'il nous fait en prési-
dant cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BÉRARD

Chirurgien des Hôpitaux.

*Son service hospitalier et ses leçons au lit
du malade ont eu toujours pour nous le
plus grand attrait.*

*Nous le remercions d'avoir bien voulu faire
partie de notre jury.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

*Qui nous a donné l'observation fondamen-
tale de ce travail et nous a permis de con-
sultier sur ce sujet son mémoire encore
inédié.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES LEÏO-MYOMES

DU CORDON SPERMATIQUE

INTRODUCTION

Les tumeurs du cordon spermatique n'avaient donné lieu, jusqu'à ces derniers temps, qu'à des travaux bien peu nombreux et bien peu importants. Par contre, actuellement, il semble que cette question intéresse spécialement les auteurs, et c'est ainsi que l'on a vu paraître successivement les travaux récents de Bruneau et Condo de Santriano (1904), de L. Dubois (1907), de Fonteneau (fév. 1908), de Tédénat et Martin (fév. 1908), de Serraire (mars 1908).

Mais ces divers auteurs n'ont étudié que telle ou telle variété de tumeurs du cordon spermatique.

La seule étude vraiment importante et complète sur ces tumeurs est due à MM. Patel et A. Chalié, qui ont réuni tous les cas publiés antérieurement, et qui ont basé leur travail uniquement sur des données précises.

Ces auteurs distinguent six catégories de tumeurs du cordon :

- 1° Les lipomes ;
- 2° Les fibromes ;
- 3° Les myomes ;
- 4° Les sarcomes et fibro-sarcomes ;
- 5° Les tumeurs mixtes ;
- 6° Les carcinomes.

Les plus fréquentes de ces tumeurs sont certainement les lipomes. Viennent ensuite les sarcomes, les tumeurs mixtes et les fibromes.

Les myomes et fibro-myomes sont exceptionnels, et c'est à leur étude que nous avons décidé de consacrer ce travail.

Disons immédiatement que nous n'apportons ici que cinq observations, les seules qui méritent d'être considérées comme de véritables tumeurs musculaires du cordon. L'une d'elles, celle qui nous a donné l'occasion de cette thèse, provient du service de M. le professeur agrégé Bérard. La plus ancienne a été publiée par Trélat en 1881. En 1885, Héricourt a publié deux observations très complètes de leïo-myomes de l'épididyme et a insisté tout spécialement sur les détails histologiques de ces tumeurs.

La même année, Terrillon a présenté au Congrès français de Chirurgie une observation personnelle de fibro-myome de l'épididyme. Il a rappelé à ce sujet les trois observations précédentes et a donné de cette affection une description assez complète.

Les divers cas de Trélat, Héricourt, Terrillon, sont mentionnés à la hâte dans les traités de chirurgie de Duplay et Reclus et de Le Dentu et Delbet. Mais hâtons-nous de dire que certaines observations signa-

lées dans ces traités comme appartenant à cette catégorie de tumeurs doivent, au contraire, en être distraites.

C'est ainsi que Kocher, dans son article du *Compendium* de Pitha et de Billroth, signale l'existence dans la collection de Würzburg d'un cas de fibrome né de la paroi du canal déférent vers son origine. Mais cette tumeur avait tous les caractères du fibrome type, fasciculé et résistant; on n'y constata pas la présence de fibres musculaires. Aussi, malgré son origine aux dépens des parois du canal déférent, il est impossible de considérer cette tumeur comme un myome du cordon.

De même, Goodhart et Gay ont présenté à la Société pathologique de Londres, en 1880, une tumeur qui occupait l'union de l'épididyme et du canal déférent. Mais, histologiquement, elle était formée par du tissu hyalin, fibroïde, très fin, contenant des éléments myxomateux. Là, encore, il ne s'agissait pas d'un myome, mais bien d'un myxo-fibrome, c'est-à-dire d'une tumeur mixte.

Pour étudier convenablement les rapports anatomiques des myomes du cordon spermatique et, pour mieux en comprendre le mode de développement, nous croyons utile de consacrer quelques lignes à la description anatomique du cordon spermatique.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU ANATOMIQUE SUR LE CORDON SPERMATIQUE

On sait que le cordon spermatique est formé par l'ensemble des éléments qui arrivent à l'appareil épидидymo-testiculaire ou qui en émanent. Il a la forme d'un cordon arrondi plus ou moins cylindrique, long de 12 à 15 centimètres. Il s'étend du milieu du bord supérieur du testicule à l'orifice profond du canal inguinal, où se fait la dissociation de ses éléments constitutifs. Il occupe, par conséquent, d'une part la région scrotale, d'autre part la région inguinale.

Il est entouré par une enveloppe fibreuse qui l'engaine dans toute sa longueur et qui est une émanation du *fascia transversalis*. C'est la *gaine fibreuse commune* ou *tunique vaginale commune* des Allemands.

Cette formation, constituée essentiellement par des fibres conjonctives et élastiques, donne insertion, sur sa paroi externe, aux faisceaux musculaires striés du *crémaster externe*. En dedans, elle est renforcée, surtout en avant et sur les côtés, par des fibres musculaires lisses, décrites par Henle et Kölliker, qui ne sont autre chose que le *muscle crémaster moyen* de Klein et Barrois. Rappelons, en outre, que le muscle *crémaster interne* (Henle, Kölliker) est formé par des

fibres musculaires lisses qui doublent la face externe de la vaginale testiculaire.

Il résulte de cette description que les éléments musculaires sont nombreux au niveau du cordon. C'est point un sur lequel nous aurons plus tard l'occasion de revenir.

Le canal déférent constitue à peu près l'élément central du cordon spermatique. Autour de lui se groupent des vaisseaux, des nerfs, et quelques éléments embryonnaires (organe de Giraldès, *vas aberrans* de Haller, vestiges du conduit péritonéo-vaginal).

Le reliquat fibreux du canal péritonéo-vaginal se présente ordinairement sous la forme d'un petit cordon fibreux unissant l'infundibulum péritonéal à la partie supérieure de la séreuse testiculaire. Il est d'ailleurs introuvable, ou peut s'en faut, à l'état normal. D'après Hugo Sachs, il serait constamment entouré à sa face postérieure et externe par quelques fibres musculaires lisses dont le prolongement inférieur donnerait naissance au muscle crémaster interne que nous avons signalé plus haut.

Les artères du cordon spermatique sont au nombre de trois : la spermatique, branche de l'aorte abdominale ; la déférentielle, branche de la vésicale inférieure, et la funiculaire, branche de l'épigastrique.

Les veines naissent à la face interne de l'épididyme et remontent dans le cordon en décrivant de nombreuses flexuosités et en se répartissant en deux plexus d'inégale importance : l'un antérieur, le plus volumineux, destiné à fournir plus haut le plexus pampiniforme et à aboutir dans la veine cave à droite, dans la

veine rénale à gauche; l'autre postérieur, destiné à se terminer dans la veine épigastrique.

Les lymphatiques du cordon, disséminés autour des vaisseaux sanguins, aboutissent pour la plupart aux ganglions lombaires, quelques-uns aux ganglions pré-aortiques.

Les nerfs émanent des plexus spermatique et déférentiel.

Les divers éléments que nous venons de décrire se groupent, d'une façon assez constante, en deux paquets isolés l'un de l'autre par une cloison transversale cellulo-fibreuse étendue d'un côté à l'autre de la gaine fibreuse du cordon.

Le *paquet antérieur* comprend le groupe veineux antérieur, l'artère spermatique, les reliquats du canal péritonéo-vaginal, des lymphatiques, des nerfs et enfin l'organe de Giraldès.

Le *paquet postérieur* se compose du canal déférent, des artères déférentielle et funiculaire et du groupe veineux postérieur.

Disons enfin qu'en dehors même de toute adiposité du sujet il existe constamment (Kocher, Gabryszewski, Patel et Chalier) du tissu cellulo-graisseux autour du ligament vaginal de Cloquet et dans l'intervalle des divers éléments du cordon, surtout au niveau du paquet antérieur. C'est l'existence de ce tissu cellulo-graisseux normal qui explique la possibilité des lipomes primitifs du cordon spermatique, n'ayant que des rapports de voisinage et non d'origine avec le tissu cellulaire sous-péritonéal.

A côté de ce tissu, nous avons vu, plus haut, l'exis-

tence de fibres musculaires lisses dans le cordon. Leur origine, très discutée, a donné lieu à trois opinions principales, clairement exposées par Pasteau dans le *Traité d'anatomie* de Poirier. Pour les uns, ces fibres lisses existent à cause même de la formation du canal péritonéo-vaginal; pour d'autres, elles ne sont que le reliquat des fibres du *gubernaculum testis* (Henle, Kölliker); pour d'autres enfin, ce sont des formations de l'âge adulte, ou tout au moins de la puberté (Barrois).

Si nous avons tant insisté sur ces fibres musculaires lisses du cordon, c'est que nous les croyons capables d'être le siège de certains myômes ou fibro-myômes. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, PATHOGÉNIE

Etiologie.

D'après nos cinq observations, les tumeurs musculaires du cordon spermatique surviennent de préférence avant l'âge mur. Dans notre observation I, il s'agissait d'un adolescent de quinze ans ; de même, dans celle de Trélat, il s'agissait d'un enfant, sans que l'âge soit spécifié. Dans le cas de Terrillon, la tumeur avait apparu vers l'âge de vingt-six ans ; dans le premier cas d'Héricourt à vingt-huit ans ; dans le second à quarante-trois ans.

La cause efficiente de ces tumeurs nous échappe totalement. Il est possible qu'elles trouvent une condition favorisante dans un *traumatisme* quelconque de la région scrotale ; cet agent est cité dans près de la moitié des cas de tumeurs bénignes ou malignes du cordon. Le malade de Trélat racontait avoir reçu un coup au niveau des bourses dix-huit mois avant l'apparition de sa tumeur ; mais un semblable accident fait défaut dans nos quatre autres observations.

Comme autres antécédents des malades atteints de myôme du cordon, signalons l'existence chez l'un d'une épididymite blennorragique du côté atteint avec

syphilis ancienne (obs. III), chez un autre d'une orchite blennorragique du côté opposé (obs. IV), et enfin une blennorrhée ancienne chez le malade de Terrillon.

Nous ne croyons pas que ces antécédents vénériens aient eu une part quelconque dans le développement de la tumeur musculaire.

Anatomie pathologique macroscopique.

Les tumeurs qui nous occupent n'ont jamais atteint un très grand *volume*, à en juger par les cas connus. Leurs dimensions oscillaient, en effet, entre celles d'une noix et d'une mandarine.

Ordinairement, leur *surface* est lisse et régulièrement arrondie, leur *consistance* dure et élastique. Dans notre première observation cependant, la tumeur était assez molle et présentait, par places, des points ramollis et friables.

Au point de vue de son *siège* la tumeur est toujours située à l'extrémité inférieure du canal déférent, ou même au voisinage immédiat de l'épididyme, et c'est à l'un de ces organes qu'on la trouve adhérente. Ceci nous explique les rapports immédiats qu'elle contracte avec la vaginale et le testicule.

La vaginale peut adhérer solidement au myôme, comme dans l'observation de Terrillon; dans d'autres cas, au contraire, la vaginale se sépare facilement de la tumeur, mais, celle-ci a alors retenti sur la séreuse pour donner naissance à une *hydrocèle*. L'hydrocèle

en effet, est notée dans les deux cas d'Héricourt et dans notre observation I.

Quant au testicule, plus ou moins indépendant de la tumeur, il peut être sain, mais on a vu la tunique albuginée adhérer au leïo-myôme (Héricourt) ou même être envahie par les fibres lisses (Trélat). Dans ce dernier cas, la conservation du testicule devient à peu près impossible. Si, au contraire, la tumeur se développe au-dessus de l'épididyme, elle peut, au moins pendant un certain temps, rester indépendante du testicule et en être isolée facilement au cours de l'intervention comme dans les observations I et V.

A la coupe, on reconnaît la consistance variable de la tumeur et sa coloration gris blanchâtre, parfois rougeâtre. Sur la tranche de section, on peut apercevoir la lumière des tubes coupés de l'épididyme (Terrillon) ou de véritables dilatations kystiques de ce canal (Héricourt).

On voit donc, par ce qui précède, que nous englobons, sous le terme de tumeurs musculaires du cordon spermatique, les myômes de l'épididyme qui ne peuvent logiquement, de par leur situation, et de par leur origine embryologique, être différenciés de tumeurs semblables développées aux dépens de l'extrémité inférieure du canal déférent.

Anatomie pathologique microscopique.

Microscopiquement, les myomes du cordon sont formés ordinairement par une gangue de tissu fibreux à travées épaisses parcourues de faisceaux fibroïdes

plus ou moins serrés : ces faisceaux apparaissent nettement formés de cellules fusiformes, accolées, et pourvues du noyau allongé et granuleux, d'apparence striée, caractéristique des fibres musculaires lisses. Il s'agit dans toutes nos observations de *myômes à fibres lisses*, donc de *leïo-myômes*.

Sur les coupes, on peut reconnaître les tubes de l'épididyme ou du canal déférent avec leur tunique musculaire, leur bordure de cellules épithéliales juxtaposées (obs. I) et leur lumière tantôt vide, tantôt remplie par un magma granuleux (Héricourt, Terrillon).

On peut aussi distinguer au sein de la tumeur un nombre assez considérable de canaux lymphatiques tapissés de cellules plates et logeant des cellules rondes qui ne sont autre chose que des globules blancs (Terrillon).

Mais, dans les divers cas qui précèdent, il s'agissait nettement au point de vue histologique de tumeurs musculaires bénignes. L'intérêt de l'observation due à l'obligeance de MM. Patel et Chalier vient précisément de ce qu'elle constitue un cas jusqu'ici unique de *leïo-myôme malin* du cordon spermatique.

Il importe de rappeler brièvement les caractères anatomiques de cette variété spéciale de tumeurs que constitue le leïo-myome malin, et qui, malgré sa rareté, est bien connu grâce surtout aux travaux lyonnais de MM. Paviot et Bérard (*Arch. de Méd. exp.*, 1897, et de MM. Devic et Gallavardin (*Revue de chirurgie*, 1901).

Souvent confondus histologiquement avec des sarcomes fuso cellulaires ou avec des tumeurs fibro-plas-

tiques, ces leïo-myômes malins sont susceptibles de généralisations viscérales multiples

Leurs principaux caractères histologiques, d'après MM. Devic et Gallavardin, sont les suivants :

1° Mode de groupement des fibres-cellules dont l'entrecroisement très régulier, sous forme de faisceaux, ou même de larges bandes, figure dans l'ensemble un véritable nattage ;

2° Structure adulte des fibres-cellules ;

3° Absence de stroma conjonctif ;

4° Extrême pauvreté en vaisseaux ;

5° Existence possible de points myxoïdes qui ne sont en réalité que des points d'accroissement de leïo-myômes en évolution, où les cellules jeunes acquièrent seulement peu à peu leurs caractères de fibres-cellules adultes (Paviot et Bérard) ;

6° Existence possible de formations cellulaires géantes.

En résumé, les tumeurs musculaires du cordon spermatique peuvent être anatomiquement de deux sortes :

1° Des *leïo-myômes proprement dits* (Trelat, Héricourt) ; 2° des *leïo-myômes malins* (Patel et Chalié).

Dans quelques cas, le tissu musculaire s'associe à une quantité variable, ordinairement infime, de tissu fibreux, la tumeur mérite alors le nom de *fibro-myôme* (Terrillon).

Enfin, pour montrer le voisinage des différentes tumeurs du cordon, rappelons que certains fibromes peuvent accessoirement contenir quelques fibres musculaires lisses : telle l'observation récente de Dubois (1907).

Origine des myômes du cordon

D'après les constatations cliniques et opératoires et d'après les résultats de l'examen histologique, les myômes du cordon sont attenants, comme nous l'avons vu, à la paroi du canal déférent ou du canal épидидymaire, auxquels ils adhèrent soit par une base élargie et sessile soit, au contraire, par un véritable pédicule. Ces deux conduits étant formés de fibres musculaire lisses, il est tout naturel de rattacher le myôme à une hyperplasie de leur tunique musculaire. Cette continuité des fibres de la tumeur avec les fibres épидидymaires ou déférentielles a été démontrée surabondamment par le microscope. « La partie solide des tumeurs, dit Héricourt, était formée de tissu fibreux avec des faisceaux nombreux de muscle lisse partant des parois de l'épididyme. » De même, dans le cas de Terrillon, « les éléments fibreux et musculaires se confondaient avec les parois du canal épидидymaire aux dépens duquel elles avaient pris naissance. » Dans notre cas aussi, « le noyau enlevé est en plein épидидyme, dont on retrouve les tubes à cellules cylindriques, mais, en outre, ses faisceaux musculaires lisses propres sont considérablement hyperplasiés » (Paviot).

Comme on le voit, les leïo-myômes du cordon se développent nettement aux dépens des éléments musculaires du canal épидидymo-déférentiel.

Nous avons vu cependant, dans notre chapitre d'anatomie, qu'il existe au niveau du cordon d'autres fibres musculaires lisses que celles des parois de ce conduit ;

il est logique de leur attribuer la formation possible de certaines tumeurs musculaires, mais ce fait n'est prouvé par aucune des observations publiées jusqu'à ce jour.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

L'évolution du leïo-myôme est celle des tumeurs du cordon en général, c'est à dire torpide et insidieuse. Les malades dissimulent aussi longtemps qu'ils le peuvent leur infirmité et ne se décident le plus souvent à consulter un chirurgien que quand la tumeur a acquis un certain volume. Nous ferons cependant remarquer que, dans les cinq observations publiées, la tumeur n'a jamais atteint les proportions inquiétantes, observées dans certains lipomes, ou fibromes du cordon, qui pesaient jusqu'à 10 et 15 kilos (Villard et Rhenter)¹.

La date exacte et les conditions d'apparition du myôme sont souvent difficiles à faire préciser. Le plus souvent, c'est tout à fait par hasard qu'une grosseur anormale a été reconnue au voisinage de l'épididyme et du testicule. Parfois, l'origine de la lésion est rapportée à un traumatisme antécédent. A l'examen, le malade se présente avec une tumeur à peu près indolore, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'une mandarine, tumeur qui s'isole nettement du testicule, et qu'il est facile de localiser à l'extrémité inférieure du cordon. Il peut être possible de la sentir

¹ *Lyon Médical*, 1908, I, p. 1386.

fixée à l'épididyme par une base d'implantation de dimensions variables.

La tumeur donne nettement l'impression d'une masse solide, mate à la percussion, irréductible et opaque. Des causes d'erreur sont possibles et tiennent à la présence concomitante d'une hydrocèle vaginale.

L'exploration des ganglions inguinaux, indispensable dans tous ces cas, n'a donné chez nos cinq malades qu'un résultat négatif, même chez celui porteur du leïo-myôme malin (obs. I). Cette remarque a d'ailleurs été faite d'une façon plus générale en ce qui concerne les tumeurs malignes du cordon par MM. Patel et Chailier.

Les troubles fonctionnels sont minimes en raison même des phénomènes restreints de la tumeur. Le malade de Trélat cependant vit l'apparition de sa tumeur précédée par des phénomènes douloureux assez vifs. Dans une observation d'Héricourt (obs. IV), après une période d'indolence complète, la tumeur « prit des allures un peu plus aiguës, il y eut des douleurs s'irradiant le long du cordon, de la cuisse gauche et remontant jusque dans la région lombaire ». Dans le cas de Terrillon, le développement de l'affection fut complètement indolore. Enfin, chez le malade de notre observation I, la tumeur était seulement « gênante par son poids et occasionnait ainsi quelques tiraillements qui nécessilèrent le port d'un suspensoir ».

L'état général est ordinairement bien conservé puisqu'il s'agit quatre fois sur cinq de tumeurs bénignes. Il n'y a alors ni anorexie, ni perte des forces, ni amaigrissement. Même, dans le cas de leïo-myôme

malin que nous rapportons plus loin, l'enfant conserva un état satisfaisant jusqu'à la période où se produisit la généralisation néoplasique.

Au point de vue de l'évolution des myômes du cordon, on retrouve cliniquement les mêmes différences qu'à l'anatomie pathologique.

En d'autres termes, les leïo-myomes simples ont une marche extrêmement lente; les leïo-myomes malins, au contraire, évoluent en quelques mois.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nos connaissances actuelles sur les leïo-myomes du cordon ne reposant que sur cinq observations, il serait puéril d'en considérer le diagnostic comme facile. Le gros intérêt de la question est de savoir s'il s'agit véritablement d'une tumeur du cordon et de se demander ensuite, une fois ce problème résolu, si la tumeur est bénigne ou maligne, c'est-à-dire, en somme, si elle comporte un traitement radical ou conservateur.

Nous allons donc envisager d'abord les conditions dans lesquelles se pose le diagnostic des tumeurs du cordon en général; nous verrons ensuite s'il est possible de par leurs caractères cliniques d'en reconnaître la nature histologique, et nous serons amenés, par là même, à faire le diagnostic des tumeurs du cordon entre elles.

I. — Diagnostic des tumeurs du cordon en général.

En raison de la rareté des tumeurs du cordon, la clinique veut qu'en présence d'une tumeur inguinale, scrotale, ou inguino-scrotale, on pense de préférence aux affections fréquentes du testicule, de la vaginale, voire même des bourses et surtout aux diverses tumeurs venues de l'abdomen.

A. — D'une façon générale, il est facile de ne pas confondre une tumeur du cordon avec une *tumeur du scrotum proprement dit*. Dans ce dernier cas, en effet, on arrive aisément à isoler la tumeur, du cordon, dont on reconnaît profondément le calibre et les contours normaux; elle adhère par contre aux tuniques des bourses.

B. — Le plus souvent, après avoir reconnu l'existence d'une tumeur intra-scrotale, le problème est de savoir à quel organe elle doit être légitimement rattachée.

1° Envisageons d'abord le cas d'une tumeur plus ou moins confondue avec le testicule et l'épididyme.

La première idée qui vient à l'esprit est de songer soit à une *hydrocèle*, soit à une *hématocèle vaginales*. L'aspect du scrotum est en effet le même dans les deux cas. Il n'est pas rare, d'autre part, que certaines tumeurs du cordon [lipomes, certaines tumeurs mixtes, et même certains myomes (obs. I)], présentent une mollesse et une pseudo-fluctuation telles qu'elles ne puissent simuler des collections liquides. L'erreur est encore facilitée par l'existence fréquente (à peu près une fois sur deux) d'un épanchement séreux ou sanguinolent de la vaginale concomitamment avec une tumeur du cordon spermatique.

La ponction exploratrice, d'après Brossard et Sarrazin, ferait éliminer de suite l'hydrocèle et l'hématocèles vaginales, et pourrait même indiquer quelquefois la nature du tissu morbide. En réalité, ces résultats sont les mêmes, qu'il s'agisse d'hydro-hématocèle, essentielle ou symptomatique. A ce point de vue, par

conséquent, elle n'a aucune valeur diagnostique ; tout au plus peut-elle lever les doutes si le diagnostic hésite par exemple entre une volumineuse tumeur molle, pseudo-fluctuante (lipomes) et une volumineuse hydrocèle ou hématocele.

Seule, l'incision exploratrice, indiquée dans l'une ou l'autre hypothèse, et constituant alors le premier temps d'une intervention, permettra d'établir le diagnostic dans les cas hésitants.

La même difficulté se rencontre pour différencier les tumeurs du cordon volumineuses et bas situées des grosses tumeurs testiculaires. Dans les deux cas, en effet, il peut y avoir hydrocèle concomitante. Si elle manque, le phénomène du pincement de la vaginale (Sébileau) et le phénomène du pincement de l'épididyme (Chevassu) se retrouvent de part et d'autre sans avoir la moindre signification.

Un signe inconstant, mais qui peut avoir une grande importance séméiologique, est l'existence d'un sillon de délimitation entre le pôle inférieur de la tumeur d'une part et d'autre part le testicule et l'épididyme (Patel et Chalié). Mais il manque dans tous les cas où la tumeur, volumineuse, a englobé l'un ou l'autre de ces deux organes.

Les anamnétiques peuvent être parfois d'un secours précieux. Le malade peut nous apprendre, par exemple, que la tumeur, au début de son développement, a été complètement indépendante de la glande séminale et n'a contracté des rapports avec elle que dans la suite. Ce renseignement permet, on le conçoit, d'éliminer à coup sûr une lésion primitivement testiculaire.

Malgré tout, dans un grand nombre de cas, toutes les difficultés persistent et l'on connaît des exemples où le diagnostic n'a pu être établi d'une façon définitive qu'après l'opération et qu'après l'examen, non seulement macroscopique, mais microscopique, de la tumeur enlevée.

2^o Envisageons maintenant le cas d'une tumeur intra-scrotale, nettement indépendante du testicule et ne pouvant passer ni pour une tumeur de cet organe, ni pour une hydrocèle, ni pour une hématocele vaginales. Il s'agit alors de diagnostiquer la tumeur du cordon des autres lésions non néoplasiques développées aux dépens des éléments de cet organe.

La *funiculite blennorragique*, la *tuberculose* ou la *syphilis du cordon* se reconnaîtront à leurs caractères propres, aux notions étiologiques et à l'existence d'autres lésions de même nature.

La mollesse et l'irrégularité du *varicocèle* pourraient théoriquement le faire ressembler à une tumeur molle du cordon, mais, en réalité, le varicocèle fournit au palper une sensation absolument caractéristique, et d'autre part, il offre ce caractère d'augmenter de volume quand on comprime le cordon à sa partie supérieure. Il est vrai d'ajouter qu'il peut être symptomatique d'une tumeur du cordon ou coexister avec elle sans relation de cause à effet.

Restent encore les *kystes* ou *hydrocèles enkystées* du cordon spermatique. Ce sont certainement les lésions les plus fréquentes du cordon proprement dit. On les reconnaît à leurs contours réguliers, à leur développement rapide, à leur transparence, à leur fluctuation. La

ponction ou l'incision exploratrice lèvent immédiatement tous les doutes.

C. — Les tumeurs venues de l'abdomen, les hernies intestinales ou les épiplocèles pourraient par leur fréquence donner le change et éloigner toute idée de tumeur véritable du cordon.

La *hernie inguinale* présente, quand elle n'est pas engouée ou étranglée, des caractères tellement typiques qu'il est impossible de la méconnaître.

Par contre, si elle est irréductible, si elle est étranglée, ou encore si elle est précédée d'un lipome préherniaire ou d'un kyste sacculaire, elle peut très bien dans quelques cas passer pour une tumeur vraie. L'erreur est d'autant plus facile qu'on sait la concomitance possible du lipome du cordon et de la hernie inguinale (Broca, Koch, etc...)

Les *épiplocèles* non compliquées d'étranglement mais irréductibles ressemblent de tous points à certaines tumeurs, notamment aux lipomes et de nombreuses erreurs de diagnostic entre ces deux affections ont été rapportées par les auteurs. Dans un cas de Chipault, l'examen microscopique fut nécessaire pour fixer la nature de la tumeur enlevée.

Il va sans dire que l'on ne pourra le plus souvent distinguer cliniquement une *tumeur primitive du cordon* d'une tumeur venue de l'abdomen et développée aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Nous venons de passer en revue les diverses lésions qui peuvent simuler de près ou de loin les tumeurs du cordon. Il nous reste maintenant à discuter la seconde partie du problème : il s'agit d'une tumeur du cordon ;

quelle est-elle? Et, en particulier, est-il possible de reconnaître cliniquement la variété myomateuse?

II. — Diagnostic de la variété de la tumeur, et en particulier du léïo-myome.

Ici encore, la difficulté s'accroît, car le plus souvent le microscope seul est capable de décider de la constitution anatomique et de la nature de la tumeur considérée.

Cependant, les *lipomes*, variété de beaucoup la plus fréquente, se reconnaîtront à leurs caractères habituels : consistance mollassse, pseudo-fluctuation, contours irréguliers, multilobulés; évolution lente et insidieuse, sans troubles fonctionnels autres que ceux déterminés par leur volume; concomitance fréquente d'autres lipomes ailleurs.

Le *fibrome* ne se distinguera du lipome que par sa dureté plus considérable, sa surface plus régulière, sa consistance parfois ligneuse.

Les *sarcomes* pourront être soupçonnés à leur augmentation rapide de volume, à leur surface irrégulière, à leur consistance dure, à leur extension vers le canal inguinal d'une part et vers le testicule de l'autre. Fréquemment, ils s'accompagnent de dilatation veineuse sous-cutanée du scrotum, d'hydrocèle, d'hématocèle.

Les *tumeurs mixtes*, variété bien isolée par MM. Patel et A. Chalier, offrent couramment au niveau du cordon, comme ailleurs, leur évolution typique en deux temps : phase de bénignité et de développement insidieux, phase de malignité et d'accroissement rapide.

Nous citerons seulement pour mémoire le *carcinome* dont il n'existe qu'un cas authentique au niveau de la région qui nous occupe.

Mais comment reconnaître, au milieu de toutes ces variétés, le *leïo-myome* ?

Nous avons vu plus haut, qu'il s'agit là le plus souvent d'une tumeur de dimensions moyennes et basse située. Il n'est pas rare qu'elle se développe primitivement aux dépens de l'épididyme et l'on pourrait à son début reconnaître son implantation sur cet organe (obs. III, IV, V). Mais ce sont là des données bien fragiles pour baser un diagnostic rationnel. D'autre part, la consistance même des leïo-myomes est variable, et l'on ne peut tirer d'elle aucun élément appréciable.

Les notions étiologiques ne nous fournissent pas davantage de renseignements. Sans doute, les myomes s'observent de préférence chez les sujets jeunes, adolescents ou hommes adultes ; mais d'autres tumeurs du cordon (tumeurs mixtes, fibromes, lipomes, etc.) peuvent se rencontrer à des âges identiques.

Nous dirons donc comme conclusion qu'il est impossible cliniquement de distinguer, à coup sûr, les tumeurs propres du cordon entre elles et qu'en particulier les leïo-myomes n'offrent à ce point de vue aucun caractère qui les distingue des autres variétés connues.

Le seul intérêt est de savoir, au point de vue du pronostic et du traitement, si l'on a affaire à une variété bénigne ou maligne ; l'allure lente ou rapide de la maladie, la conservation ou l'aggravation progressive de l'état général seront les principales données cliniques sur lesquelles reposera cette distinction.

Enfin, le diagnostic devra toujours être complété par la recherche de la place exacte de la tumeur vis-à-vis du testicule et de ses rapports précis avec les tuniques des bourses, avec le canal inguinal et avec les portions sus- ou sous-jacentes du cordon lui-même.

En tout cas, la clinique seule est incapable de renseigner toujours d'une façon certaine sur ce point ; aussi poserons-nous en principe la nécessité d'un examen histologique pour toute tumeur extirpée.

Dans le cas du malade de notre observation I, c'est lui qui décida M. le professeur agrégé Patel à une intervention plus large que celle qui avait été pratiquée précédemment.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

De l'ignorance où nous sommes de la nature exacte des tumeurs du cordon, d'après leurs seuls caractères cliniques, et de la fréquente transformation maligne des tumeurs primitivement bénignes, il résulte que leur traitement doit être aussi précoce que possible.

Ce traitement, exclusivement chirurgical, consiste dans l'extirpation totale de la tumeur.

S'il s'agit vraiment d'un leïo-myome simple non malin, l'opérateur devra avoir pour objectif de respecter le testicule et les éléments nobles du cordon.

Les préparatifs aseptiques seront ceux de toute intervention; on redoublera de soins en raison même du siège de la région opératoire.

On abordera la tumeur par une incision linéaire, parallèle au cordon, et comprenant les diverses tuniques des bourses. Une hémostase soigneuse sera faite en cours de route pour éviter les hématomes si fréquents à ce niveau et qui sont la source de la plupart des complications post-opératoires.

La tumeur découverte, on explorera rapidement ses connexions d'une part avec le cordon, d'autre part avec l'épididyme et le testicule. Si ces connexions sont peu étroites, il sera facile de cliver le leïo-myome et de

sectionner sa base d'implantation au niveau de l'épididyme ou du canal déférent. Au cours de cette libération, des hémorragies assez abondantes pourront se produire et nécessiteront à nouveau une hémostase minutieuse, mais prudente, pour ne pas compromettre la vitalité du testicule.

Si la tumeur est bénigne, avons-nous dit, la glande séminale devra être soigneusement ménagée et conservée. Cette proposition garde toute sa valeur même si l'ablation du myôme nécessite la section ou la résection partielle de l'épididyme ou du déférent. Terrillon a, en effet, montré depuis longtemps que les sections transversales de ces deux conduits ne s'accompagnent pas de fistules et que les extrémités du canal sectionné communiquent entre elles par une ampoule intermédiaire de tissu cicatriciel.

Peut-être, chez des jeunes sujets, serait-on autorisé à rétablir autant que possible la continuité des voies spermatiques ou à implanter le déférent dans le testicule, comme l'ont fait récemment, et dans d'autres circonstances, MM. Delbet et Chevassu.

S'il s'agit, au contraire, d'une tumeur franchement maligne, ou d'une tumeur ayant englobé complètement le testicule et n'en permettant pas l'isolement, l'ablation de la lésion s'accompagne nécessairement d'une castration du côté correspondant. Celle-ci devra être suivie dans les cas graves d'une résection en masse du cordon, pratiquée le plus haut possible au-dessus du néoplasme.

Ainsi que l'ont écrit Tédénat et Martin, « la nature maligne de la tumeur implique la nécessité d'une abla-

tion large et il faut la faire sans songer à la conservation du testicule ».

C'est sur cette notion que s'est basé M. Patel pour réintervenir chez son malade. Dans la première opération, la tumeur ayant été considérée comme bénigne put être libérée du testicule et enlevée isolément. Quinze jours après, l'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait d'un leïo-myome malin (Paviot), M. Patel n'hésita pas à pratiquer dans un second temps la castration et la résection éloignée du cordon spermatique.

L'opération terminée, la suture de la peau sera faite soit à la soie, soit au crin de Florence. A l'aide d'un pansement compressif, si l'asepsie et l'hémostase ont été parfaites, on pourra se passer de tout drainage. Mais si l'on a les moindres doutes, on laissera un drain à la partie déclive de l'incision, quitte à le retirer au bout de trois ou quatre jours, à moins d'accidents.

Si toutes les précautions que nous avons signalées ont été prises, les *suites opératoires* sont aussi simples que possibles. Actuellement, nous ne voyons plus la septicémie, la gangrène, le tétanos, qui entraînèrent autrefois tant de décès post-opératoires, et qui furent observés à la suite d'opérations de tumeurs du cordon (Létiévant, Tizzoni, Parona, etc.)

La seule complication possible est l'hématome suppuré que l'on doit éviter par une asepsie et une hémostase irréprochables.

Nous ne saurions ici parler de *résultats éloignés*, en ce qui concerne les leïo-myomes du cordon.

Dans les quatre cas de myome proprement dit que

nous rapportons dans ce travail, les malades n'ont pas été suivis, ou tout au moins les auteurs ne disent pas quelles ont été les suites tardives de leur opération.

Par contre, dans l'observation de MM. Patel et Chailier, où il s'agissait d'un leïo-myome malin, les accidents graves ne tardèrent pas à se produire, malgré les deux interventions pratiquées, et le malade mourut, au bout de cinq mois, en pleine généralisation néoplasique.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de MM. PATEL et A. CHALIER.)

(Observation du service de M. le professeur agrégé L. Bérard.)

Leïo-myome malin du cordon spermatique.

Etienne R., quinze ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel, le 25 mars 1907, pour une tumeur de la bourse droite.

Son père est bien portant; sa mère est morte de la poitrine à trente-trois ans.

Personnellement, il a toujours joui d'une bonne santé; il n'a eu ni adénites, ni pleurésie.

L'affection actuelle paraît avoir débuté il y a un mois et demi. La bourse droite a progressivement augmenté de volume, sans déterminer de douleurs vives; elle est devenue seulement gênante par son poids, occasionnant ainsi quelques tiraillements qui ont nécessité le port d'un suspensoir.

Pas le moindre trouble urinaire; pas d'accidents vénériens.

A l'examen. — La bourse droite, notablement augmentée de volume, descend à 3 ou 4 centimètres au-dessous de la bourse gauche. La peau ne présente à son niveau aucune altération. Elle n'offre pas de varicosités; elle n'est adhérente en aucun point à la tumeur.

Au palper, on sent dans la bourse une masse de la grosseur d'une mandarine, peu douloureuse à la pression, dure

en arrière, vers le siège de l'épididyme, rénitente au contraire en avant. Cette tumeur paraît faire corps avec le testicule et l'épididyme qu'on ne peut individualiser. Elle est surmontée d'une deuxième masse arrondie, régulière et mollassse, du volume d'une noix, mal distincte de la grosse tumeur qu'elle continue en haut, donnant à l'ensemble la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure. Au-dessus est le cordon, gros, infiltré, sans bosselures au niveau du canal déférent.

La tumeur est solide, irréductible, testiculaire ou juxta-testiculaire, sans hydrocèle cliniquement appréciable.

Rien d'anormal au toucher rectal.

Pas de ganglions inguinaux ou lombaires.

Pas de varicocèle.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Assez bon état général. Pas de fièvre. Rien aux poumons, ni aux autres viscères.

Opération le 27 mars 1907 (M. Patel). Après incision des divers plans des bourses, on trouve une cavité vaginale distendue qui se prolonge dans le diverticule supérieur de la tumeur constaté à l'examen.

On incise la vaginale : il s'écoule environ une cuillerée à soupe de sang à peu près liquide. On tombe alors sur une tumeur qui est située en arrière de la cavité vaginale, mais qui fait fortement saillie vers cette cavité. Cette tumeur mollassse est certainement de nature maligne. Le testicule et l'épididyme paraissent absolument sains; le canal déférent également; aussi les laisse-t-on en place et se borne-t-on à faire l'ablation de la tumeur en suivant un plan de clivage qui est aisément trouvé. On termine l'opération par la suture de la vaginale en arrière du cordon et par la suture de la peau.

Examen macroscopique de la pièce. — La tumeur enlevée a le volume d'une petite mandarine. Sa consistance est molle dans son ensemble avec, par place, des points encore plus ramollis et plus friables.

Examen histologique (M. Paviot). — « La production n'a pas la constitution histologique des tumeurs du testicule même les plus malignes. Il s'agit cependant d'un néoplasme et des plus malins; il se présente sous forme de cellules polymorphes, rondes, ovales ou fusiformes, cellules très inégales entre elles; quelques-unes sont plus volumineuses, prennent un protoplasma visible, granuleux et jaunâtre. Ces nappes sont séparées par des bandes d'une substance granuleuse où les cellules deviennent très rares. Mais, fait plus important, au milieu de ces cellules tout à fait atypiques, on voit disséminées des cellules musculaires lisses, encore reconnaissables à leur fuseau musculaire. Il serait bien simple de dire sarcome, mais il est plus probable qu'il s'agit d'une *tumeur musculaire lisse maligne*. »

Après avoir reçu cette note de M. Paviot, on prévient la famille de la nature de la maladie et l'enfant est opéré à nouveau par M. Patel, le 25 avril 1907. Pour dépasser largement cette fois les limites du mal, M. Patel pratique la *castration* du côté droit et l'excérèse du cordon dans toute sa portion sous-inguinale.

Sur la pièce enlevée, on constate que toute la tumeur n'avait pas été enlevée lors de la première intervention, ou bien qu'il s'est produit déjà une récurrence.

Un nouveau fragment prélevé, est envoyé à l'examen histologique.

Voici la réponse de M. Paviot: « Même constitution histologique que lors du premier envoi. On y reconnaît encore, moins facilement cependant, l'origine musculaire lisse. Toutefois, on constate au milieu des grandes nappes de cellules fusiformes des cellules minces de fuseau musculaire.

« Le noyau enlevé est en plein épидидyme dont on retrouve les tubes à cellules cylindriques, mais en outre ses faisceaux musculaires lisses propres sont considérablement hyperphasiés.

Les suites de la seconde intervention furent simples et le malade sortait guéri de l'hôpital au douzième jour.

Nous avons appris qu'il est mort de généralisation le 30 septembre 1907, c'est-à-dire cinq mois après la castration.

OBSERVATION II

TRÉLAT, Myôme de l'épididyme et du déférent

(*Journal de Médec. et de Chirurg. pratiques*, 1880, p. 259).

Il s'agit d'un enfant qui racontait avoir reçu un coup au niveau des bourses dix-huit mois auparavant, mais sans qu'il ait paru en résulter un traumatisme bien sérieux. Ce n'est qu'assez récemment qu'il éprouva dans le testicule une douleur assez vive bientôt suivie d'un gonflement notable. C'est dans cette situation qu'il fut examiné par M. Trélat qui, après avoir hésité entre un tubercule du testicule et un néoplasme, admit en définitive cette dernière hypothèse, et décida une intervention chirurgicale active.

L'enlèvement de cette tumeur fut donc pratiqué et le malade guérit parfaitement; mais, pendant l'opération, on remarqua que le testicule, au lieu de s'échapper du sac dartoïque, après une première incision, comme cela se produit habituellement, présentait des adhérences multiples qui nécessitèrent une dissection assez minutieuse pour le détacher.

A l'examen, la tunique vaginale et les tissus périphériques étaient épaissis, indurés; mais le tissu du testicule paraissait sain. Au voisinage du hile de la glande, au contraire, existait une coloration rouge, congestive, avec dilatation des vaisseaux et même aspect hémorragique.

L'examen microscopique (Brissaud) montra qu'il s'agissait d'un myome du cordon, affection caractérisée ici par l'accumulation à l'émergence du cordon de fibres musculaires lisses, constituant en ce point une véritable tumeur; mais, de là, ces fibres s'étaient étendues dans toutes les

directions et avaient envahi les différentes parties constituantes de la glande; cet envahissement avait porté sur les veines et les artères, ainsi que sur les conduits épидидymaires qui étaient oblitérés. La tunique albuginée elle-même étaient envahie par ces fibres lisses.

OBSERVATIONS III et IV

J. HÉRICOURT. Leïo-myome de l'épididyme.

Revue de Médecine, 1885, p. 54.

La première tumeur a été rencontrée chez un homme de trente-quatre ans, et a donné lieu à une castration faite à l'hôpital Sainte-Eugénie, de Lille, par M. Faucon, dans le courant du mois d'avril 1884.

Comme antécédents, le malade avouait une épидидymite blennorrhagique du côté atteint, il y a quinze ans et, en 1872, il avait pris la syphilis.

En 1878 seulement, il s'était aperçu d'une grosseur à la partie postérieure du testicule droit, grosseur qui était arrivée progressivement au volume actuel qui est celui d'une grosse noix, sans avoir jamais causé aucune douleur, s'accompagnant seulement d'une hydrocèle qu'on avait dû ponctionner plusieurs fois. Au moment de l'opération, la tumeur était indolore à la pression, de consistance presque cartilagineuse, donnant la sensation de bosselures arrondies à sa surface, sans points ramollis.

Pas de ganglions engorgés dans l'aîne.

La seconde tumeur a été fournie par un officier opéré dans le courant du mois de juin 1884 à l'hôpital militaire de Lille, par M. le médecin-principal Chabert.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, faisait remonter le début de sa tumeur à deux années. Au moment où il s'était aperçu de son existence, elle n'était encore grosse que comme une lentille, et située à la partie postéro-inférieure du testicule gauche.

Il avait eu aussi une orchite blennorrhagique en 1854, mais de l'autre côté. Pas de syphilis antérieure, et inefficacité constatée du traitement spécifique.

Après divers traitements par la pommade mercurielle, les sangsues, une ponction même, la marche de la tumeur qui était jusque-là restée indolente, prit des allures un peu plus aiguës : il y eut des douleurs s'irradiant le long du cordon, de la cuisse gauche, et remontant jusque dans la région lombaire. Un an après, une hydrocèle se forma, qui fut ponctionnée et dont le liquide se reproduisit bientôt. Cependant, le développement fut lent, et, au moment de l'opération, la tumeur n'a guère que les dimensions d'une noix. Sa surface est lisse, assez régulièrement arrondie. Sa consistance est dure, chondroïde, sans points ramollis, et offre cette particularité intéressante de varier dans certaines limites. Plusieurs fois, M. Chabert avait remarqué que la grosseur, en même temps qu'elle avait manifestement diminué de volume, présentait une consistance plus ferme.

Au moment de l'opération, l'état général était excellent, mais, depuis un mois, existait une cystite dont on ignorait l'origine.

Pas de ganglions dans l'aîne.

Examen à l'œil nu. — Ces deux tumeurs étaient appliquées sur la face postéro-supérieure du testicule, occupant aussi la région de l'épididyme, de la tête à la queue de cet organe, faisant corps avec la membrane albuginée sans pénétrer dans la glande, et affectant la forme et les dimensions d'une grosse noix qui aurait été déformée par la pression contre un corps sphéroïde. Elles sont constituées par un tissu d'un blanc un peu nacré, de texture manifestement fibroïde, très résistant et de consistance élastique.

Sur l'une de ces tumeurs, une coupe transversale, menée par son milieu, rencontra une cavité kystique des dimensions d'un gros pois. Sur la seconde, la même coupe comprit deux kystes plus petits, accolés, remplis d'une matière jau-

nâtre de consistance colloïde. Ce contenu examiné au microscope à l'état frais, se montra formé de grandes cellules rondes granuleuses, et de nombreuses granulations graisseuses libres, nageant au milieu d'un liquide hyalin. Ces kystes, situés dans l'épaisseur des tumeurs, et qui se retrouvent à divers niveaux dans une direction qui correspond précisément au trajet que doit parcourir le canal de l'épididyme, englobé par le néoplasme, comme on a pu s'en assurer par une série de coupes parallèles, doivent donc être considérés comme n'étant que des dilatations kystiques de ce canal simple ou replié sur lui-même. Au moment de la section des tumeurs, la première idée qui vint à l'esprit fut qu'on avait affaire à des fibromes à kystes colloïdes graisseux.

Examen histologique. — Des coupes fines ont été pratiquées au-dessous de la région occupée par ces dilatations kystiques, dans des points correspondant aux canaux efférents pour une des tumeurs, et pour l'autre à l'origine même du canal de l'épididyme.

Après coloration au picro-carmin et à un faible grossissement, les coupes de la première présentent une partie centrale, criblée d'une douzaine d'orifices circulaires plus ou moins déformés et aplatis, entourés d'une épaisse marge de teinte orange, qui sont les sections transversales des canaux efférents. En dehors de cette région, et l'enrobant sur une épaisseur d'un centimètre environ, on reconnaît le tissu même de la tumeur, qui est de la teinte orange des parois canaliculaires, et d'un aspect feutré déjà caractéristique.

Parmi les canaux, les uns sont vides et montrent leur revêtement d'épithélium cylindrique en partie conservé, tandis que les autres apparaissent remplis d'un contenu granuleux au milieu duquel on reconnaît difficilement quelques lambeaux du tapis épithélial; mais dans les uns comme dans les autres, la muqueuse fait à l'intérieur des tubes des festons assez rapprochés, comme si leur lumière

avait été diminuée par le fait d'une constriction circulaire. En dehors de cette muqueuse plissée, apparaît une double tunique musculaire, montrant nettement ses fibres concentriques et longitudinales, sous une épaisseur qui semble normale.

Ces canaux sont plongés au milieu d'une gangue formée d'un tissu fibreux à travées épaisses, semé de cellules étoilées assez espacées. Dans une zone de deux millimètres environ, ce tissu fibreux sans être exempt d'autres éléments que nous allons décrire, prédomine cependant ; mais, à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, il se montre parcouru de faisceaux fibroïdes d'un aspect spécial, d'une teinte rouge orangé caractéristique, et qui d'abord un peu clairsemés et suivant des directions parallèles, vont se serrant de plus en plus à mesure qu'on se rapproche des limites de la tumeur, où ils se montrent seuls, s'entre-croisant dans tous les sens, et formant un véritable feutrage.

L'examen à un fort grossissement de ces faisceaux fibroïdes ne laisse aucun doute sur leur nature. Ils apparaissent nettement formés de longues cellules fusiformes accolées et pourvues du noyaux allongé et granuleux, d'apparence striée, caractéristique des fibres musculaires lisses. En dehors de la région centrale, fibro-canaliculaire, que nous avons décrite, toute la tumeur est constituée par de tels éléments réunis en faisceaux de volume et de direction variables, mais fortement agglomérés et donnant tout à fait l'image propre aux corps dits fibreux de l'utérus.

La description de la seconde tumeur serait de tous points comparable à celle qui précède, à ce détail près que les coupes en ayant été pratiquées au-dessus de la région des canaux efférents, au lieu de douze orifices, on en observe seulement deux plus volumineux, qui représentent le canal de l'épididyme replié sur lui-même.

Dans ces deux tumeurs, le tissu fibreux, dans la région des canaux est assez riche en vaisseaux de nouvelle forma-

tion, et semble former une zone d'inflammation chronique. En dehors de cette zone, qui n'occupe guère, y compris les canaux, que le quart de l'épaisseur de la tumeur, les faisceaux musculaires de plus en plus serrés et nombreux, laissent à peine voir le tissu conjonctif interfasciculaire. C'est en raison de cette nature particulière que nous trouvons la dénomination de myome, à appliquer à ces tumeurs, plus exacte que celle de fibro-myome.

Il nous reste à dire un mot sur le contenu des canaux efférents. Le magma granuleux qui remplit certains d'entre eux, paraît reposer directement sur la tunique musculaire, par suite d'une véritable liquéfaction de la totalité de la muqueuse. On y constate la présence de lambeaux formés de cellules épithéliales juxtaposées encore, mais altérées et déformées à divers degrés, de grosses cellules rondes granuleuses assez semblables à des cellules spermatoblastiques, d'autres plus petites venant sans doute du stroma de la muqueuse, enfin de rares cadavres granuleux de spermatozoïdes, le tout au milieu de nombreuses granulations graisseuses libres, qui paraissent la forme ultime en laquelle se résolvent tous les éléments précédents. Ce qu'on avait pris à l'œil nu pour de la matière colloïde en voie de dégénérescence graisseuse n'était donc que du sperme altéré par rétention.

OBSERVATION V

TERRILLON, Fibro-myome de l'épididyme.

C. R. du Congrès franç. de Chirurgie de 1885, p. 583.

B..., âgé de trente et un ans, entre le 23 novembre 1883 à l'hôpital de la charité. Cet homme, vigoureux, bien portant, a eu une blennorragie vers l'âge de vingt ans, sans orchite; il n'a jamais eu d'autres maladies vénériennes.

Il y a cinq ans environ, le malade s'est aperçu qu'il portait près du testicule droit une petite tumeur dure, indo-

lore, qui augmenta insensiblement jusqu'à atteindre le volume d'une petite noix. Inquiet de cette petite grosseur qui était devenue douloureuse et gênante, le malade demande à en être débarrassé.

En examinant le scrotum, on trouve une tumeur du volume d'une petite noix, dure, arrondie, un peu ovale et très douloureuse à la pression.

Elle est située en dehors du testicule, et correspond à son bord supérieur, mais nettement adhérente par un court pédicule à la partie moyenne de l'épididyme.

Les connexions avec la tunique vaginale sont impossibles à définir. Le scrotum et les tissus sous-jacents ne lui sont pas adhérents.

La pression provoque de la douleur, mais le malade se plaint surtout d'une névralgie tenace et d'un sentiment de gêne dus à la présence de cette grosseur. Ces douleurs s'irradient du côté de l'aîne et de l'abdomen. Elles ont commencé à apparaître il y a deux mois à peu près; elles sont continues pendant la marche, et rendent celle-ci très pénible. Malgré un grand nombre de remèdes employés, il n'y eut aucun soulagement.

Opération : le 29 novembre (Terrillon). Le scrotum est incisé couche par couche. On arrive sur la tumeur qui est dégagée par sa partie libre jusqu'au niveau du pédicule. Malgré le soin avec lequel la dissection est conduite, on est obligé de faire une ouverture à la vaginale, parce que la tumeur adhère fortement à cette membrane. Le pédicule étant séparé des parties voisines, on cherche à l'isoler de l'épididyme avec lequel il se continue. Mais la continuité entre ces deux parties est tellement intime qu'il est impossible de les séparer. On coupe alors cette attache sans pouvoir éviter d'ouvrir un ou deux tubes épидидymaires. Une petite artère est ouverte à ce moment et liée immédiatement avec un fin catgut.

Réunion de la plaie. Tube à drainage. Pansement de Lister. Compression.

La *guérison* se fit sans encombre en quelques jours et le malade sortit guéri quinze jours après.

Il fut revu au bout de trois mois ne présentant aucune trace de l'affection pour laquelle il avait subi l'opération. Les douleurs avaient disparu.

Examen de la tumeur : Sur une coupe pratiquée suivant le grand diamètre, on constata d'abord qu'elle était composée par un tissu dense, résistant, formé de faisceaux distincts limitant des espaces indiqués par une teinte légèrement jaunâtre. Dans le voisinage du pédicule, on voit la lumière des tubes coupés de l'épididyme. Les parois de ces tubes paraissent se continuer directement avec la tumeur.

Examen microscopique (Dubar). La tumeur est composée :

1° D'un tissu fibreux dense et d'aspect blanc mat à l'œil nu ;

2° De fibres musculaires lisses, sous forme de faisceaux épais, logés au milieu de ces travées ;

3° D'un nombre assez considérable d'espaces lymphatiques, tapissés de cellules plates et logeant des cellules rondes qui ne sont autres que des globules blancs. Ces espaces sont des canaux lymphatiques. Il s'agit donc là d'un fibro-myome de la queue de l'épididyme, remarquable par le grand nombre des canaux lymphatiques que renferment les travées fibreuses.

CONCLUSIONS

I. — Il existe au niveau du cordon spermatique, à côté d'autres variétés assez fréquentes de tumeurs (lipomes, sarcomes, tumeurs mixtes, etc.), une variété plus rare qui constitue les leïo-myomes.

Nous n'avons pu en réunir que cinq observations, dont une est particulièrement intéressante par ce fait qu'il s'agissait d'un leïo-myome malin.

II. — Observés de préférence chez des adolescents ou des sujets relativement jeunes, ces leïo-myomes se développent aux dépens des parois musculaires du canal déférent ou de l'épididyme. Dans aucun cas ils ne tiraient, semble-t-il, leur origine des fibres musculaires lisses disséminées dans le cordon et indépendantes de ces deux conduits.

III. — Cliniquement il est possible, dans de certaines circonstances et grâce à un examen minutieux, de faire le diagnostic de tumeur du cordon ; dans certains cas même, on peut reconnaître à quelle variété l'on a affaire (lipomes, tumeurs mixtes), mais aucun signe ne permet d'affirmer s'il s'agit d'un leïo-myome.

Seules, les connexions de la tumeur avec l'épididyme constituent un signe de présomption en faveur de son origine myomateuse, à la condition, toutefois, qu'il s'agisse de connexions primitives et non secondaires.

A en juger par notre observation personnelle, le leïo-myome malin du cordon ne diffère cliniquement du leïo-myome ordinaire que par sa marche plus rapide ; mais pour les distinguer l'un de l'autre on a besoin du secours du microscope.

IV. — Le traitement consiste dans l'extirpation de la tumeur seule, si elle est bénigne ; dans la castration et la résection étendue du cordon, si elle est maligne.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 décembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- TRÉLAT, Myome de l'épididyme et du déférent (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880, p. 259).
- J. HÉRICOURT, Leïo-myomes de l'épididyme (*Revue de médecine*, 1885, p. 54).
- TERRILLON, Fibro-myome de l'épididyme (*Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1885, p. 253).
- PAVIOT et BÉRARD, *Archives de médecine expérimentale*, 1897.
- DEVIC et GALLAVARDIN, *Revue de chirurgie*, 1901.
- A. CHALIER, Tumeur maligne du cordon spermatique (leïo-myome malin) (Société des sciences médicales, 27 mai 1907 ; *Lyon médical*, 1907, II, p. 12).
- PATEL, Leïo-myome du cordon (Société des sciences médicales, 25 mars 1908 ; *Lyon médical*, 1908, II, p. 44).
- PATEL et A. CHALIER, les Tumeurs du cordon spermatique (à paraître dans la *Revue de chirurgie*, janvier 1909).
- Bibliographie complète de la question.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Aperçu anatomique sur le cordon spermatique.	13
CHAPITRE II. — Etiologie, anatomie pathologique, patho- génie	17
Etiologie.	17
Anatomie pathologique macroscopique	18
Anatomie pathologique microscopique.	19
Origine des myômes du cordon	22
CHAPITRE III. — Symptômes et évolution	24
CHAPITRE IV. — Diagnostic	27
I. Diagnostic des tumeurs du cordon en général	27
II. Diagnostic de la variété de la tumeur et en parti- culier du leïo-myôme	32
CHAPITRE V. — Traitement	35
CHAPITRE VI. — Observations	39
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53

